DORAŹNA POMOC LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, ORGAN POLSKIEGO KOMITETU DO SPRAW RATOWNICTWA I PIERWSZEJ POMOCY LEKARSKIEJ W WYPADKACH NAGŁYCH ORAZ STACYJ RATUNKOWYCH W POLSCE

WARSZAWA, LESZNO 58

KONTO w P. K. O. 7373 KONTO w K. K. O. 1086

Rok II — 1936 LIPIEC — SIERPIEŃ Nr. 7—8.

KOMITET REDAKCYJNY: Dr. Dr. J. Perl. Z. Zdrojewski (Warszawa), Dr. J. Notz (Lwów).

Dr. A. Burszewski,
Warszawa.

Dychawica oskrzelowa i sercowa, różnica między niemi i leczenie.

Od bardzo dawna spotykamy się z pojęciem dychawicy w piśmiennictwie lekarskiem, gdyż cierpienie to było znane już Hippokratesowi, a Araeteus na 300 lat przed Chrystusem opisał atak dychawicy. Gdy jednak początkowo nie rozróżniano dychawicy sercowej, oskrzelowej, nerkowej, i t. d., to z czasem pojęcia poszczególnych rodzajów dychawicy skrystalizowały się, a z pośród różnych jej typów wyodrębniono dychawicę oskrzelową i sercową, co zawdzięczamy głównie Willisowi i Floyerowi w XVII wieku. Zasadniczym objawem dychawicy oskrzelowej jest duszność wydechowa, którą już od dawna starano się wytłomaczyć. Najstarszą teorją, tłomaczącą napad duszności, była teorja skurczu oskrzeli, której zwolennikiem był między innymi Laënnec. Liczne prace doświadczalne: Hallera, Verniera, Longeta, Sandmana i innych wykazały, że skurcz oskrzeli występuje, skoro drażni się włókna odprowadzające pnia n. błędnego albo jego zakończenia w mięśniach oskrzeli. Teorja skurczu oskrzeli w dychawicy znalazła jednak swych wybitnych przeciwników. Przeciwstawiano jej teorję obrzęku błony śluzowej oskrzeli (Marchand), powstającego dzięki przekrwieniu na drodze naczynioruchowej. Obrzęk ten ma być przyczyną zacieśnienia światła oskrzeli i wywoływania skutkiem tego duszności. Za tą teorją zdawały się przemawiać badania

Blackleya, Strümpla i innych, które wykazywały, że pokrzywka i obrzęk angioneurotyczny, często pojawiające się w dychawicy, były spowodowane przez obrzęk miejscowy. Autorowie ci uważali, że podobne zmiany występują na błonie śluzowej chorych na dychawicę. Fränkel, Jezierski znajdowali pośmiertnie obrzęk błony śluzowej oskrzeli u astmatyków. Nowotny, Pieniążek stwierdzili bronchoskopem zaczerwienienie i obrzęk śluzówki oskrzeli w czasie ataku dychawicy. Obecnie powszechnie przyjęte jest, że napad duszności w d. o. powstaje skutkiem zwężenia najdrobniejszych oskrzeli, powstałego naskutek skurczu gładkich ich mięśni, jak również przekrwienia ich śluzówki, połączonego często z pojawieniem się wydzieliny o cechach ogólnie znanych. Stan powyższy wywołany jest przez różne czynniki. Według Morawitza, Kylina przyjmujemy, że na powstanie napadu duszności astmatycznej wpływają 2 czynniki: usposabiający i wywołujący duszność. Pierwszy jest ważniejszy niż drugi, gdyż ten ostatni nie potrafi wywołać duszności u ludzi normalnych, nie usposobionych w szczególny sposób. Jako czynnik usposabiający uważają powszechnie dziedziczność. Znane są w piśmiennictwie o dychawicy historje chorób całych rodzin, w których dychawica przechodziła z pokolenia na pokolenie. Spotyka się jednak i zdania wręcz przeciwne, nie przypisujące dziedziczności większej roli (Buckanan, Kämmerer). Według autorów francuskich podłożem, na którem powstaje dychawica, jest skaza artretyczna t. j. pewna nieprawidłowość konstytucyjna, objawiająca się w większej skłonności do występowania chorób skóry takich jak pokrzywka, wyprysk i t. p. Na podobnem stanowisku stoi Czerny, a za słusznością powyższego poglądu przemawiałaby występująca tak w dychawicy jako też w skazie wysiękowej eozynofilja. Co się tyczy konstytucji to, według Hajosa, nie odgrywa ona większej roli w dychawicy—statystyka nie wykazuje przewagi któregokolwiek z typów konstytucjonalnych.

Zmiany w napięciu nerwu błędnego, które znajdowali w dychawicy już Stächelin, Goldscheider, Strümpell, mają być również czynnikiem usposabiającym. Autorowie ci mówią nawet o nerwicy n. błędnego. Owczyński, Genkin i Jankowski znajdowali u astmatyków wagotoniczny typ reakcji po wstrzyknięciu adrenaliny.

Stwierdzono również wpływ na powstawanie napadów d. o. zmian w jamie nosowej, polipów, skrzywień przegrody nosowej, zmian przerostowych gardzieli i t. p. Prócz usposobienia niezbędny jest dla powstawania napadów dychawicy jeszcze współudział czynników wy-

zwalających. Czynniki te są różne. Mogą to być bodźce psychiczne np. gniew, przestrach i inne, udzielone z kory mózgowej układowi wegetatywnemu w zakresie narządu oddechowego. Napady pochodzenia psychicznego zdarzają się często, zwłaszcza u osób usposobienia neuropsychopatycznego. Bodziec, wywołujący napad, może powstać również odruchowo z różnych miejsc ciała — z błony śluzowej gardła i nosa przy wyżej omawianych w nich zmianach anatomicznych, w związku z nieprawidłowem ułożeniem macicy, niestrawności i t. p. Co do gruźlicy, której niewątpliwą łączność z dychawicą stwierdzono klinicznie, wiemy, że jedynie postać włóknista usposabia do dychawicy, przyczem jedni autorowie (Grossfefd oraz K. Dąbrowski) stoją na stanowisku teorji uczuleniowej, przypisując rolę ciała uczulającego tuberkulinie, drudzy są zwolennikami teorji mechanicznej, według której napady dychawicy oskrzelowej powstają wskutek mechanicznego drażnienia rozgałęzień nerwu błędnego przez obrzmiałe gruczoły chłonne okołooskrzelowe lub przez rozwijającą się w ogniskach gruźliczych tkankę łączną. Według Białokura dychawica oskrzelowa jest schorzeniem o podłożu par excellence gruźliczem.

Podłoże gruźlicze d. o. podkreślają Danielopolu i inni.

Najczęstszym jednak czynnikiem wywołującym są tak zwane allergeny i to według Storm van Leeuwen do 90%. Allergenami nazywamy takie bodźce, które posiadają zdolność uczulenia żywej substancji, czyli wywoływania allergji. Według Kammerera przedstawia się zespół objawów allergicznych w sposób następujący: 1) Co do objawów ogólnych—obniżenie ciepłoty, spadek ciśnienia krwi, wstrząs, zapad, 2) co do objawów skórnych — swędzenie, pokrzywka, obrzęk, wybroczyny krwawe, 3) co do błon śluzowych — rozszerzenie naczyń, kataralne zapalenie nosa, powiek, przekrwienie i hypersekrecja oskrzelików, rozwolnienie, 4) co do krwi—spadek leukocytów, eozynochłonność, przełom hemoklastyczny. Widzimy więc, że stan allergji określić możemy, jako stan uczulenia ustroju, powodujący jego odmienne zachowanie się względem bodźca, aniżeli ustroju nieuczulonego.

Allergeny dzielimy na kilka grup.

Do 1-ej należą allergeny pochodzenia zwierzęcego, działające przy ich wdychiwaniu. Są to łuski, włosy, pierze zwierząt i ptactwa domowego.

Druga grupa — to grupa allergenów pokarmowych, jak np. ryby, raki, mleko, jaja, poziomki i t. d.

Trzecią grupę stanowią allergeny pochodzenia roślinnego, działające przez drogi oddechowe, pyłki roślinne, kwiatowe, zbóż, pudry, perfumy i t. p.

Do grupy czwartej zaliczylibyśmy czynniki pasożytnicze, jak robaki i bakteryjne (streptococcus viridans).

Tu należą środki lecznicze jak np. ipecacuanha, atophan, piramidon, chinina i inne.

Osobną grupę stanowią allergeny t. zw. klimatyczne. Są to allergeny, które znajdują się w ciasnych i wilgotnych pokojach, w miejscowościach błotnistych, gdzie przebywają drobnoustroje np. grzybki, a z nich najczęściej kropidlak popielaty (aspergillus fumigatus). Storm van Leeuwen wyróżnia allergeny klimatyczne A — znajdujące się na wolnem powietrzu oraz B — znajdujące się w zamkniętych lokalach. Chory może być uczulony jednocześnie na kilka rodzajów allergenów. Uczulenie pojawiać się może w różnym wieku, nawet już w niemowlęctwie.

Z dotychczasowych rozważań wynika, że etjologja dychawicy oskrzelowej nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona. Żadna ze znanych teoryj nie tłomaczy wystarczająco przyczyny powstania napadu duszności. Różnorodność teoryj w sprawie etjologji dychawicy można tłomaczyć również w ten sposób, że rozmaite spotyka się przypadki dychawicy oskrzelowej i o różnej przyczynie wywołującej napad. Dla przykładu przytoczę tutaj podział Kämmerera, który rozróżnia dychawicę allergiczną, toksyczną, odruchową, konstytucjonalnie psychopatyczną i formę mieszaną. Dychawica oskrzelowa jest sprawą wybitnie czynnościową, dlatego też zmiany anatomiczne są znikome. Stwierdzano jedynie przerost wszystkich warstw ścian oskrzeli średnich i oskrzelików, przeważnie dotyczący mięśni, wybitne przekrwienie śluzówki oskrzeli, oraz nacieki z komórek okrągłych i ciałek białych kwaso-chłonnych.

Jednym z czynników przyczynowych napadu dychawicy oskrzelowej jest zaburzenie w wydzielaniu gruczołów dokrewnych, szczególnie nadnercza; zmniejszenie bowiem wydzielania adrenaliny daje n. błędnemu przewagę nad współczulnym. Za tą teorją przemawia niskie ciśnienie u większości astmatyków i często spotykana hypoglikemja (Oriel).

Objawy. Choroba dotyczy przeważnie osób między 20—40 rokiem życia i cechuje się występowaniem znamiennych napadów dusz-

ności bądź nieoczekiwanie, bądź po różnego rodzaju zwiastunach jak np. nieznaczne utrudnienie oddechu, lekkie ściskanie w klatce piersiowej i t. p. Napady zjawiają się najczęściej w nocy. Chory budzi się wśród duszności, która szybko narasta. Powłoki zewnętrzne wybitnie zasinione i pokryte zimnym potem. Na twarzy maluje się ogromny niepokój i trwoga. Niejednokrotnie już z odległości kilku metrów słychać świsty w klatce piersiowej. Powoli oddech staje się swobodniejszy, pojawia się plwocina ciągnąca się, sinica maleje. napad ustępuje. Napad trwać może od kilku minut do kilku godzin i dłużej i pojawiać się w różnych odstępach czasu. Badanie przedmiotowe w czasie napadu stwierdza ciężki ogólny stan chorego, znaczną sinicę i duszność. Klatka piersiowa ustawiona na poziomie maksymalnego wdechu. Wszystkie mięście oddechowe wysoce napięte. Zwraca uwagę silne napięcie mięśni tłoczni brzusznej, jako wyraz wydechowego charakteru duszności. Dolne granice płuc obniżone, nieruchome. Nad całą klatką piersiową wypuk pudełkowy. Osłuchowo stwierdzamy liczne furczenia i świsty. Tony serca głuche. II-gi ton nad tętnicą płucną wzmocniony. Napady zjawiać się mogą tak często, że powstaje wreszcie stały stan dychawiczny (status asthmaticus). Z czasem rozwija się rozedma płuc. Napady zwykle wówczas słabną i stają się rzadsze. Odróżnienie napadu astmy oskrzelowej od dychawicy sercowej może niejednokrotnie napotkać na trudności. Dobre rozpoznanie zatem jest niezmiernie ważne, zwłaszcza ze stanowiska pomocy doraźnej. Nie potrzebuje chyba komentarzy, jaki może mieć efekt zastosowanie adrenaliny w przypadku dychawicy sercowej.

Etjologja dychawicy sercowej jest jasna. Napad duszności powstaje naskutek zmniejszenia powierzchni oddechowej płuc, spowodowanej obrzękiem płuc. Ten ostatni zaś powstaje wskutek nagłego osłabienia pracy komory lewej przy prawidłowej czynności komory prawej, gdy krew zalega w komorze lewej i krążeniu małem, a dopływ krwi do płuc jest prawidłowy. Powstaje ostre bierno-czynne przekrwienie krążenia małego, prowadzące do obrzęku płuc i duszności. Co do tła na jakiem rozwinąć się może takie osłabienie lewej komory należy podkreślić: zwyrodnienie mięśnia sercowego wskutek nadmiernego obciążenia lewej komory w marskości nerek, nadciśnienia samoistnego, w niedomykalności zastawek półksiężycowatych, zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Na podstawie licznych i dokładnych badań Eppinger, Papp i Schwarz przychodzą do wniosku, że napad dychawicy sercowej

powstaje nie tylko na tle osłabienia lewej komory serca lecz i na tle przyśpieszenia prądu krwi z obwodowych części naczyń do serca (Szczeklik).

I tu napady pojawiają się najczęściej w nocy, co tłumaczą utrudnieniem oddychania w pozycji leżącej, oraz zmniejszeniem w czasie snu pobudliwości ośrodka oddechowego, co pociąga za soba nagromadzenie się we krwi bezwodnika kwasu węglowego. Gdy ilość jego we krwi dojdzie do tego poziomu, że już pobudza ośrodek oddechowy, wówczas chory budzi się wśród objawów silnej duszności. Obraz napadu wygląda następująco: chory budzi się nagle wśród potęgującego się coraz bardziej braku tchu i zaczyna wykonywać głębokie wdechy i wydechy. Powłoki zewnętrzne bladosine, czynność serca b. przyśpieszona, niemiarowa, tony głuche, rytm nieraz cwałowy. Tętno drobne, częste, nieprawidłowe. W dolnych cz. płuc wypuk bębenkowy, a w razie dołączenia się obrzęku płuc — trzeszczenia i drobnobańkowe rzężenia.

Nieraz pojawia się kaszel z odkrztuszaniem niedużej ilości plwociny.

W ciężkich przypadkach z obrzękiem płuc plwocina jest obfitsza, płynna, pienista. Napad trwa zwykle kilka minut, pozostawiając znaczne osłabienie. Wobec tego, że obydwie postacie dychawicy pojawiają się zwykle w nocy, w obu chory odczuwa silny brak tchu, i obie postacie mogą kończyć się kaszlem i odkrztuszaniem plwociny, musimy obydwa te stany dychawiczne umieć różnicować. Podaję tu różnicowanie według W. Orłowskiego:

W dychawicy sercowej ruchomość klatki piersiowej jest zupełnie dobra, chory czyni wdechy i wydechy zupełnie sprawnie, mięśnie wdechowe szyi silnie napięte. W oskrzelowej klatka piersiowa rozdęta od maximum, nieruchoma, ogromne utrudnienie zwłaszcza fazy wydechowej oddechu, mięśnie tłoczni brzusznej wybitnie napięte.

W sercowej: czynność serca wybitnie przyśpieszona, tętno drobne, słabo napięte, b. często niemiarowe, zmiany organiczne w układzie krążenia jak stwardnienie tętnic, zmiany w mięśniu sercowym; w oskrzelowej: tętno może być częste, małe, lecz miarowe, zmian w układzie krążenia może nie być.

W sercowej: w płucach ewentualne trzeszczenia i rzężenia drobnobańkowe, plwocina płynna i pienista.

W oskrzelowej: w płucach bardzo liczne rzężenia suche (furczenia i świsty) słyszalne często z odległości, plwocina ciągnąca się, za-

wierająca krwinki białe eozynochłonne, wężownice Curschmanna i kryształy Charcot-Leydena.

Wobec tego, że dychawica sercowa jest wyrazem niewydolności lewej komory, leczenie tego stanu polega, na stosowaniu energicznych środków farmakologicznych wzmacniających lewą komorę. Do nich należy przedewszystkiem ouabaïne „Arnaud“ i strofantyna „Böhringera“. Ouabaïnę podajemy w ilości 1/4 mgr., zwykle w roztworze glukozy 10—20%-ej. Ponieważ ouabaïny i strofantyny nie można stosować, jeżeli chory otrzymywał przedtem naparstnicę, a od zażycia ostatniej jej dawki nie minęła conajmniej doba, wydaje się wątpliwą możność stosowania ouabaïny w praktyce Pogotowia Ratunkowego ze względu na trudności ustalenia wywiadu odnośnie stosowania naparstnicy. Dla odciążenia krążenia małego, stosować można gorące kąpiele nożne, bańki suche, a w razie grożącego obrzęku płuc duży upust krwi 300—400 cm^3.

Prócz leków nasercowych, podajemy środki podniecające — jak kamforę, koffeinę. Duszność możemy nadto zwalczać podawaniem tlenu.

We wszystkich ciężkich przypadkach w czasie dużego podniecenia chorego zachodzi potrzeba wstrzyknięcia małej ilości środka narkotycznego (u ludzi starszych) 5 — 7 — 10 mgr. 1% rozczynu morfiny, 0,01—0,015 pantoponu lub 0,01 — 0,02 laudanonu. U młodych osób można większe dawki stosować; jednocześnie ze środkiem narkotycznym, wstrzykuje się 1 — 2 szpryce 2% rozczynu kofeiny i kamforę, (Grassmann).

Eppinger zaleca stosowanie pituitryny.

Dobre wyniki niekiedy otrzymywano przy stosowaniu novasurolu salyrganu, euphiliny, theobrominy (Wasserman).

Eppinger, Papp i Schwarz oraz Budelmann podają, że w niektórych lekkich przypadkach dychawicy sercowej udaje się napad usunąć przy pomocy obwiązywania kończyn, przez co zyskuje się zahamowanie prądu krwi, które może nastąpić albo na drodze odruchowej, albo dzięki odciążeniu lewej komory serca, ponieważ znaczna część krwi zostaje wstrzymana obwodowo od opaski.

Co do leczenia napadu astmy oskrzelowej, to ma ono na celu jaknajbardziej szybkie i skuteczne usunięcie objawów, wywołanych zaburzeniem równowagi układu nerwu błędnego i współczulnego z przewagą nerwu błędnego. Zadaniem więc leczenia jest jaknajszybsze działanie albo na nerw współczulny, którego czynność jest w stosun-

ku do nerwu błędnego w czasie napadu za słaba, albo na nerw błędny, którego napięcie musi być złagodzone.

W tym celu używa się adrenaliny, efedryny, atropiny, astmoliny, która jest połączeniem adrenaliny z pituitryną i t. p.

Adrenalina pobudza nerw współczulny, przerywa skurcz oskrzelików, a równocześnie działa zwężająco na naczynia, zmniejszając zaburzenia naczynioruchowe w obrębie oskrzeli. Według Ebeckego pituitryna działa nawet na takie naczynia włosowate, które oparły się adrenalinie.

Pituitryna więc zawarta w astmolinie pogłębia działanie adrenaliny.

Wyciąg z ephedra vulgaris t. z. efedryna działa podobnie pobudzająco na układ współczulny, jak adrenalina; zwalcza skurcz oskrzelików płucnych, nadto posiada tę dobrą stronę, że może być podawana doustnie (0,025) i działanie jej jest dłuższe od działania adrenaliny. Jest ona przeciwskazana, zresztą jak i adrenalina w przypadkach zmian w mięśniu sercowym lub w stwardnieniu tętnic.

Pollak i Robitschek, Hess, Kämmerer i Dorrer bardzo polecają stosowanie efedryny.

Ephetonina — czyli efedryna syntetyczna działa nieco słabiej. Berger i Ebster utrzymują, że wprowadzenie do kliniki tego leku jest dużym postępem w leczeniu dychawicy oskrzelowej.

Atropina zmniejsza napięcie nerwu błędnego, zmniejsza wydzielanie błon śluzowych. W razie gdy wszystkie środki zawodzą, bardzo często jest skuteczną morfina lub jej pochodne, wywołując osłabienie pobudzenia ośrodka oddechowego. Jednak Dehner przestrzega przed stosowaniem morfiny podczas napadu dychawicy oskrzelowej. Opisuje 2 przypadki dychawicy oskrzelowej, w których w napadzie wystąpiło zejście śmiertelne. W obu przypadkach śmierć zdaje się pozostawać w związku z podaniem morfiny; w pierwszym przypadku podano 0,04 morfiny, w drugim 0,02 w połączeniu ze skopolaminą.

Kairiukstis proponuje leczenie dychawicy oskrzelowej neobenzinolem (30% benzyna).

Ostatnio w poszukiwaniu nowych dróg leczenia astmy oskrzelowej zwrócono uwagę na środki moczopędne. Napady dychawicy oskrzelowej pod wielu względami podobne są do wstrząsów anafilaktycznych, w czasie których stwierdzono zwiększenie się wagi wątroby. Według Mautnera i Picka zjawisko to spowodowane jest przez skurcz włókien mięsnych okrężnych, otaczających żyły wątrobowe. Podobne

włókna zostały stwierdzone również w płucach. Ponieważ można przypuszczać, że w dychawicy oskrzelowej mamy do czynienia z nadmiarem cieczy zarówno w wątrobie, jak płucach, stają się zrozumiałe próby zastosowania leczniczego ciał odwadniających. L. Hallós zastosował do wywołania szybkiej i energicznej diurezy dożylne wstrzykiwania novuritu u 22 astmatyków w czasie napadu, z czego u 18 napady były przerwane. Już w kilka minut po wstrzyknięciu duszność zaczyna równomiernie zmniejszać się. Lżejsze napady ustępują po 5—10, średnie po 10 — 15, ciężkie do $1^1/_2$ godziny lub wogóle nie dają się przerwać. W tych ostatnich, bardzo ciężkich przypadkach, również wszystkie inne środki zawodziły. Novurit nie działa przyczynowo, lecz objawowo, dlatego po pewnym czasie napady mogą się powtarzać. Prawdopodobnie działanie novuritu polega na mobilizowaniu wody z wątroby i płuc oraz na przesuwaniu odczynu krwi w kierunku kwaśnym.

Wspomnę jeszcze o najnowszych próbach leczenia astmy, robionych przez Węgierkę. Autor ten zwrócił uwagę, że u chorego na cukrzycę i jednocześnie na astmę oskrzelową, leczonego insuliną, w okresie niedocukrzenia krwi ustępowała zupełnie duszność. Zachęcony tem spotrzeżeniem, zaczął on stosować insulinę u astmatyków celem umyślnego wywołania u nich lekkich stanów hypoglikemicznych. Insulinę w ilości 20—30, a nawet 40 jednostek jednorazowo podawał możliwie naczco w czasie napadu dychawicy. Następne wstrzyknięcie starał się również robić w okresie napadu. Ogółem chorzy otrzymywali do 10 wstrzyknięć w odstępach 3—5 i więcej dniowych, zależnie od stanu astmatycznego. Z chwilą pojawienia się objawów niedocukrzenia krwi, jak zblednięcie, drżenie kończyn, niepokój, pocenie, ciemność przed oczami i t. d. co miało miejsce po 2-ch, 3-ch, 4 godzinach, autor podawał celem przerwania objawów hypoglikemji 15 gr. cukru rozpuszczonego w herbacie. Wszyscy bez wyjątku chorzy w czasie wstrząsu hypoglikemicznego tracili zupełnie duszność i dobry stan utrzymywał się przez kilka dni lub przez kilka tygodni. Zaledwie w 2 na 15 przypadków stan dobry trwał tylko kilkanaście godzin. Prowadzenie leczenia przy pomocy insuliny odbywać się musi pod ścisłą kontrolą lekarza, aby można było w porę przerwać objawy niedocukrzenia krwi. Złe skutki spowodu wywoływania wstrząsów insulinowych nie były spostrzegane. Mechanizm działania leczniczego insuliny u astmatyków może być wyjaśniony po przeprowadzeniu dalszych badań.

PIŚMIENNICTWO.

W. Orłowski — Choroby płuc.

W. Jezierski — Dych. oskrzel. odb. Polskiego Arch. Med. Wewn. Tow V. zesz. III.

Medycyna współczesna Nr. 10, str. 702.

Presse Médicale Nr. 71. 1935.

Prasa Lekarska Nr. Nr. 34, str. 178, 36 — str. 352, 37 — str. 442, 39 — str. 618.

Grassmann: M. M. w r. 1934, str. 51.

Dehner: Klin. Woch. Nr. 30.

Oriel: cyt. p. Hurst. Art. The British medical Journal Nr. 3592, 1929 r.

Wassermann: G. Therapie der Gegenwart 1930. Nr. 4 i 5.

Eppinger: cyt. p. Wassermanna.

J. Białokur: Stany astmatyczne, jako odległy skutek zakażenia gruźliczego. Lekarz Wojskowy. T. IX, Nr. 4.

Danielopolu: cyt. p. E. Wajsa i H. Wassermanna. Medyc. str. 39. 1928.

Szczeklik: Dychawica sercowa w świetle najnowszych badań Eppingera, Poppa i Schwarza. Pol. Gaz. Lek. r. 1926, str. 51.

Budelmann: M. M. W. str. 52, r. 1935.

Pollak i Robitschek: M. M. W. r. 1926.

Kammerer i Dorrer: M. M. W. r. 1926.

Hess: M. M. W. r. 1926, Nr. 41.

Berger i Ebster: M. M. W. Nr. 26, r. 1927.

Kairiukstis: M. M. W. Str. 1041, r. 1933.

SPRAWOZDANIE

Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego za rok 1935, to jest 45 istnienia.

Sprawozdawczy rok 1935 to rok ciężkiej żałoby!

Dnia 12 maja 1935 zmarł Marszałek Polski śp. Józef Piłsudski.

Wszystko cokolwiekbyśmy o Tym Wielkim Mężu napisali, byłoby zamało! Wiemy wszyscy dobrze czem dla Polski był i co zrobił. Czyny Jego pozostaną na zawsze w Polsce widomym znakiem wielkości Jego działalności.

Na uroczystej żałobnej akademji, urządzonej w lokalu KOTR*) przemówił do zebranych in corpore członków Wydziału i pracowników Pogotowia Ratunkowego prezes Krzyżanowski, podnosząc niespożyte zasługi Wielkiego Budowniczego Polski, Marszałka Piłsudskiego. Pięcio-minutowa głęboka cisza i milczenie, jako wyraz hołdu i czci dla Zmarłego, zakończyły tę żałobną manifestację.

Nie spodziewał się przemawiający wówczas prezes Krzyżanowski, że w 4 miesiące potem na podobnej uroczystości w tym samym pokoju i wobec tych samych osób, podnoszone bedą Jego zasługi, któremu nagle niezbadane wyroki kazały rozstać się z tym światem.

---

*) Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe.

Dnia 24 września 1935 r. umiera nagle Dyrektor śp. Jan Juljusz Dębno Krzyżanowski, długoletni prezes i członek honorowy naszego Towarzystwa, przeżywszy 58 lat.

Syn prezesa sądu w Wadowicach, po ukończeniu szkół w Krakowie i wyższej szkoły handlowej w Wiedniu, został urzędnikiem Magistratu, gdzie od roku 1909 był dyrektorem Miejskiej Izby Obrachunkowej. Na tem trudnem a odpowiedzialnem stanowisku pozostaje bez przerwy aż do chwili zgonu. Pracowitość, uprzejmość, uczynność, gorąca chęć służenia sprawie ojczystej, zjednały mu serca współobywateli, czego dowodem było, że od szeregu lat był czynnym na naczelnych stanowiskach w szeregu instytucji publicznych i dobroczynnych, że wymienimy tylko, iż był pierwszym skarbnikiem Legjonów Polskich, Prezesem Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego, Towarzystwa Urzędników Miejskich, wiceprezesem Polskiego Komitetu dla spraw Ratownictwa w Warszawie, Towarzystwa Przyjaciół Sztuk Pięknych, Towarzystwa Przeciwgruźliczego, Zrzeszenia Związków Zawodowych Pracowników Miejskich w Warszawie i wielu innych. Członek honorowy Krakowskiego Towarzystwa Ratunkowego, Warszawskiego Towarzystwa Ratunkowego, Towarzystwa Urzędników Miejskich i innych. Odznaczony orderem „Polonia Restituta". Krzyżem Legjonów i złotą honorową odznaką Pogotowia Ratunkowego w Krakowie.

Odnośnie do KOTR, to jeszcze w latach przedwojennych był naszym zwyczajnym członkiem, zawsze i wszędzie, na każdym kroku opiekował się naszem Towarzystwem i popierał nasze interesy, tak w gminie, jako też i w wielu przedsiębiorstwach i spółkach akcyjnych, w których radach nadzorczych zasiadał. W uznaniu tych dużych a licznych zasług, Walne Zgromadzenie nadało Mu jednogłośnie dnia 26 czerwca 1921 roku godność członka honorowego. Dnia 25 czerwca 1926 został wybrany wiceprezesem naszego Towarzystwa, a w rok potem 14 marca 1926 prezesem, którą to godność piastował aż do chwili zgonu.

Sanacja finansów, kupno kamienicy, sześć nowych karetek i wogóle postawienie Pogotowia Ratunkowego na takim stopniu, iż mogliśmy się równać z zagranicą, — oto mała tylko cząstka Jego zasług.

Pogrzeb jego, który zamienił się w olbrzymią manifestację, w której wzięły tłumy Krakowian, moc wieńców, przemówienia nad trumną i kilkanaście nabożeństw żałobnych za Jego Duszę były najlepszem świadectwem Jego popularności w naszem mieście i dowodem, że ubył nam mąż, którego we wdzięcznej pamięci przez długie lata zachowa całe społeczeństwo i obywatele podwawelskiego grodu.

Cześć pamięci dobrego obywatela i prawdziwego samarytanina!

Przystępując do sprawozdania z działalności naszego Towarzystwa w roku 1935, musimy przedewszystkiem zaznaczyć, że rok ubiegły mimo dużego wzrostu liczby interwencji udało się dzięki usilnym staraniom i nadzwyczaj oszczędnej gospodarce Prezydjum i całego Wydziału zamknąć nie deficytem, lecz nieznaczną nadwyżką dochodów.

Przyczynił się do tego cały szereg szczęśliwych pomysłów i pociągnięć. A mianowicie: zwołaliśmy konferencję prasową, złożoną z redaktorów wszystkich pism krakowskich, na której przedstawiliśmy nasze ciężkie położenie finansowe, przy stale zwiększającej się liczbie interwencji. Cała Prasa krakowska bez wyjątku (za co na tem miejscu niech nam będzie wolno złożyć Jej serdeczną podziękę) przyszła nam z pomocą, przedstawiając nasz katastrofalny stan na łamach swych pism i apelując do Krakowian o pomoc. Szczególnie przysłużył się nam feljeton w Ilustrowanym Kurjerze Krakowskim, napisany wybornem piórem świetnego pisarza D-ra Zygmunta Nowakowskiego. Dzięki temu liczba członków wspierających wzrosła nieco, popłynęły również datki i ofiary, a tradycyjna zbiórka sylwestrowa przyniosła z górą 3000 zł.

Dyrekcja Polskiego Radja w Krakowie zaprowadziła raz na tydzień w swym programie t. zw. „godzinę życzeń" na dochód naszego Towarzystwa, urządzając uprzednio reportaż ze Stacji Ratunkowej w formie słuchowiska, opracowanego przez WPana Redaktora Wasilewskiego, ilustrującego pracę Pogotowia Ratunkowego.

Polski Związek Turystyczny w Krakowie oraz Komitet Budowy Kopca Marsz. Piłsudskiego na Sowińcu uznając, że ilość naszych interwencji wzrosła wskutek ma-

sowego napływu wycieczek do Krakowa, pośpieszył nam też z pomocą, ofiarowując pewną ilość benzyny dla naszych sanitarek.

Wprowadziliśmy dalej zwyczaj wysyłania pism z prośbą o złożenie datku na Pogotowie Ratunkowe do zamożniejszych osób, które korzystały z bezpłatnych usług Pogotowia. Pomysł okazał się dobrym.

W grudniu 1935 rozpoczęliśmy per raktacje z Krakowską Ubezpieczalnią Społeczną o zawarcie umowy, na podstawie której za umówioną ryczałtową kwotę miesięczną udzielalibyśmy porwszej pomocy członkom Ubezpieczalni Społ., przewożąc ich również bezpłatnie do szpitali,' oraz otwierając stację profilaktyczną przeciwweneryczną przy Pogotowiu Ratunkowem. Umowa została sfinalizowaną w styczniu 1936, sprawozdanie o tem złożymy więc w następnym roku.

Wydział KOTR uchwalił na jednym ze swych posiedzeń odznaczyć złotą honorową odznaką KOTR byłego dyżurnego Pogotowia Ratunkowego, długoletniego członka wspierającego, a obecnie Protektora Towarzystwa Prezydenta Miasta Krakowa JWPana d-ra Mieczysława Kaplickiego. Odznaka ta została uroczyście wręczona JWPanu Prezydentowi na specjalnej audjencji w Zarządzie Miasta.

Ponieważ po śmierci prezesa śp. Krzyżanowskiego cały Wydział ustąpił, zostało zwołane dnia 1 grudnia 1935 nadzwyczajne Walne Zebranie, na którem wybrano nowe Władze Towarzystwa na czas do najbliższego zwyczajnego Walnego Zgromadzenia.

Ustępujący Wydział nie zostawia leżących kapitałów, lecz również nie pozostawia żadnych długów. Przyszłość nie przedstawia się jednak najlepiej, gdyż sanitarki, mimo przeprowadzonych generalnych naprawek, są bardzo zużyte, albowiem ilość przejechanych kilometrów dochodzi u niektórych do 400.000. Kupno więc nowych aut, znalezienie na ten cel funduszy, będzie pierwszą i najważniejszą troską nowego Wydziału.

Kończąc nasze sprawozdanie, poczuwamy się do miłego obowiązku złożenia serdecznego podziękowania tym wszystkim P. T. Instytucjom i Firmom, które datkami subwencjami wspomagały nasze Towarzystwo.

Oddając to sprawozdanie do rąk naszych członków, liczymy, że natrafimy u nich na uznanie naszej pracy, a tem samem pozyskamy zwiększenie przyjaciół naszego Towarzystwa wśród szerszych warstw społeczeństwa i instytucji.

Kraków w czerwcu, 1936.

Mieczysław Górka (—) — Sekretarz

Dr. Adam Maciąg (—) — Prezes

SPRAWOZDANIE

z działalności Pogotowia Ratunkowego za rok 1935.

I znów ilość interwencji wzrosła w roku 1936, do pokaźnej cyfry 15931, mimo, iż byliśmy odciążeni przez Ubezpieczalnię Społeczną, która założyła również pogotowie lekarskie i udzielała pomocy swym członkom w nagłych wypadkach.

Pocieszającym i zarazem interesującym, jednak nie mogącym znaleźć wyjaśnienia, objawem, mimo szalejącego kryzysu i bezrobocia, jest wybitny spadek liczby samobójstw w naszem mieście, podczas gdy np. w Warszawie cyfra ta wzrosła bardzo znacznie.

W dniu pogrzebu Marszałka Piłsudskiego 18 maja 1935 wystawiliśmy na trasie żałobnego pochodu z dworca kolejowego na Wawel 12 posterunków pierwszej pomocy. Udzielono 66 osobom pomocy, w tem dwóch ciężkich przypadkach.

Kilkakrotnie na Wawelu w czasie składania hołdu przy trumnie Marszałka przez tysiączne rzesze dzieci szkolnych wystawialiśmy nasze posterunki. Również na Sowiniec wyjeżdżaliśmy bardzo często do zasłabnięć i przypadków chirurgicznych (złamania kończyn), wzywani przez stały posterunek Polskiego Czerwonego Krzyża.

W czerwcu na życzenie Akademickiej Sodalicji Marjańskiej przewieźliśmy z domów około 40 chorych do kościoła św. Florjana na specjalne nabożeństwa, urządzane dla nieuleczalnie chorych.

Na tradycyjny „Marsz Szlakiem Kadrówki“ wysłaliśmy nasze auto sanitarne.

Przez trzy miesiące odbywały praktykę na Stacji Ratunkowej, ćwicząc się w udzielaniu pierwszej pomocy, członkinie Przysposobienia Wojskowego Kobiet i uczennice Żydowskiego Gimnazjum Koedukacyjnego, które uprzednio przeszły teoretyczne przeszkolenie na kursach Polskiego Czerwonego Krzyża.

Dr. Jerzy Drozdowski

Kierownik Pogotowia Ratunkowego

Zestawienie rachunków Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego

za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1935 r.

Rachunek strat i zysków

	Winien	Ma
Straty:	Zł. gr.	
Płace i dyżury	52.910.—	
Benzyna i smary	13.209.23	
Pranie i naprawa bielizny	300.30	
Artykuły lekarskie	2.748.95	
Druki	299.15	
Konserwacja budynku i administracja	3.924.84	
Konserwacja samochodów	9.798.79	
Ubezpieczenia, telefon, radjo i t. p.	7.738.50	
Odsetki od zobowiązań	6.552.22	
Amortyzacja majątku	25.934.—	
Strata na kursie papierów wartościowych	6.40	
Zyski:		Zł. gr.
5% podatek od widowisk z Zarządu Miasta		34.707.38
Przewózki chorych		35.793.21
Subwencje i dary		7.398.50
Wkładki Członkowskie		5.886.51
Czynsze z domu własnego		13.405.—
Dochód z imprez i wydawnictw		1.363.90
Niedobór z roku 1935		24.867.88
	123.422.38	123.422.38

Zestawienie wypadków w roku 1935.

MIESIĄCE:	Wewnętrzne	Chirurgiczne	Oparzenia	Oczne	Umysłowe i nerwowe	Zamachy samobójcze	Samobójstwa	Porody i poronienia	Symulacje	Stwierdzono śmierć	Odmrożenia	Przewieziono chorych	Fałszywe alarmy	Razem		
														Mężczyzn	Kobiet	Dzieci do lat 15
STYCZEŃ	98	487	28	191	8	9	2	6	3	10	124	391	15	712	598	47
LUTY	70	494	19	194	6	9	2	3	2	4	11	378	6	658	447	42
MARZEC	96	504	12	201	10	12	4	5	3	6	2	429	13	692	540	52
KWIECIEŃ	101	586	9	148	13	29	2	8	1	11	—	415	7	711	572	40
MAJ	282	537	12	289	31	22	3	11	7	5	—	462	3	890	560	211
CZERWIEC	309	617	14	167	24	15	2	14	3	9	—	511	7	925	662	98
LIPIEC	199	556	12	201	12	13	1	6	2	1	—	409	5	784	553	75
SIERPIEŃ	152	598	11	192	9	17	4	4	6	8	—	350	13	761	521	69
WRZESIEŃ	121	512	16	211	7	18	2	3	—	9	—	332	11	685	496	50
PAŹDZIERNIK	102	492	18	231	5	16	1	2	2	9	—	302	7	701	439	40
LISTOPAD	96	459	23	211	4	17	7	3	4	8	—	296	14	689	407	32
GRUDZIEŃ	81	489	26	182	5	9	4	4	1	10	—	218	12	588	421	40
														Razem w r. 1935	**15931.–**	

Sprawozdania z posiedzeń

Protokół VII-go Walnego Zgromadzenia Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych, które odbyło się w dniu 10 maja 1936 r., w lokalu Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie, przy ul. Leszno 58, o godz. 11 rano.

Obecni pp.: 1) Dr. J. Zawadzki, prezes Wydziału Wykonawczego Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych, 2) dr. Fr. Obarski, sekretarz Wydziału Wykonawczego, 3) dr. H. Kucharzewski, skarbnik Komitetu, 4) dr. J. Notz, przedstawiciel Lwowskiego Ochotniczego Tow. Ratunkowego, 5) dr. Mittelstaedt, przedstawiciel Łódzkiego Pogotowia Ratunkowego, 6) dr. W. Maciąg, przedstawiciel Krakowskiego T-wa Ratunkowego, 7) dr. Mazurek, (sen) inspektor Wydziału Wykonawczego (Warszawa), dr. Jerzy Mazurek, (jun) przedstawiciel T. O. P. R. (Zakopane), 9) dr. Grzeszczak, przedstawiciel Związku Miast Polskich, 10) dr. M. Stawiński, przedstawiciel Z. U. S. (Warszawa), 11) dr. Z. Słoniński, przedstawiciel Poznańskiego Pogotowia Ratunkowego, 12) R. Kunkel, członek Komisji Rewizyjnej (Warszawa).

Po zagajeniu Walnego Zgromadzenia przez dr. J. Zawadzkiego na wniosek delegata Krakowskiego Ochotniczego T-wa Ratunkowego dr. Maciąga na przewodniczącego Walnego Zgromadzenia zaproszono p. dr. J. Zawadzkiego.

Przed przystąpieniem do obrad dr. J. Zawadzki poświęcił krótkie przemówienie pamięci zmarłego w r. ub. vice-prezesa Komitetu dyrektora K. Krzyżanowskiego i wezwał obecnych do uczczenia pamieci Jego przez powstanie.

Protokół poprzedniego VI-go Walnego Zgromadzenia został rozesłany wszystkim członkom Komitetu.

Na zapytanie przewodniczącego, czy kto z obecnych zechce zabrać głos w sprawie protokółu, nikt nie zgłosił zastrzeżeń, przeto protokół zastał przyjęty i zatwierdzony.

Sprawozdanie z działalności za rok 1936 odczytał dr. Fr. Obarski.

Skarbnik dr. H. Kucharzewki odczytał sprawozdanie kasowe za okres od dn. 1.I.1935 do dnia 10.V.1936 r. które wyraża się w cyfrach:

Na dzień 1 stycznia 1935 r. saldo na korzyść Polskiego Komitetu do spraw ratow. i pierwszej pomocy lekarskiej wynosiło:	Zł.	317,54

Wpływy

Ze składek wpłynęło w r. 1935	„	1.220,—
za ogłoszenia do miesięczmika „Doraźna Pomoc Lekarska“	„	494,50
za N. N. wydawnictwa i ofiary	„	14,50
ze składek od 1.I.36 do 10.V.1936 r.	„	710,—
za ogłoszenie w miesięczniku	„	250,—
Ogółem wpłynęło w tym okresie . . .	Zł.	3.006,54

Wydatki

za czas od 1.I.36 do 10.V.1936

R-ki drukarni „Bagatela“ za drukowanie miesięcznika. . .	Zł.	1.312,18
Prowizja i wyd. przy ogłoszeniach	„	215,75
Porto przy wysył. N. N. wydawnictwa	„	134,95
Koszta administracji	„	225,—
Wydatki na klisze i papier do powielania	„	131,21
Ogłoszenia o Walnem Zgromadzeniu	„	12,—
Ogółem wydano w wymienionym okresie . . .	Zł.	2.031,49
Saldo na dzień 10 maja 1936 r. wynosi . . .	Zł.	975,05

P. Kunkel odczytał protokół Komisji Rewizyjnej w brzmieniu następującem:

Komisja Rewizyjna Wydziału Wykonawczego Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych, składająca się z niżej podpisanych członków Komitetu, sprawdziła wyciąg z ksiąg buchalteryjnych za czas od 1 stycznia 1935 r. do dnia 10 maja 1936 r., według którego pozostałość na 1.I.1935 wynosiła zł. 317.54, przychód ze składek i inne wpływy za powyższy okres wyniósł zł. 2.689, rozchód zł. 2.031.49. Pozostałość na 10 maja 1936 r. na rachunku Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa wynosi — zł. 979,05 i uznała takowy za zgodny.

Wobec tego Komisja Rewizyjna wnosi o zatwierdzenie sprawozdania za 1935 r. i udziela Zarządowi absolutorjum.

Warszawa, dn. 10 maja 1936 r. (—) *Roman Kunkel*

Następnie dr. H. Kucharzewski przedstawił projekt budżetu na rok 1936 który brzmi:

Przewidywany wpływ składek od 9 członków:

Pogotowie Ratunkowe Warszawa .	zł. 200.—		
" " Poznań .	" 200.—		
" " Kraków .	" 200.—		
" " Łódź. .	" 200.—		
" " Lwów .	" 100.—		
Związek miast Polski . .	" 200.—		
Związek powiatów R. P. . .	" 200.—		
Pogotowie Ratunkowe Wilno .	" 200.—		
Z.U.S. Warszawa . . .	" 200.—		zł. 1.700.—

Wydatki kancelaryjne i porto .		zł. 75.—	
Koszta administracji. . .		" 75.—	
Koszt druku miesięcznika „Doraźna Pomoc Lekarska"	zł. 1.100.—		
Wpływ za ogłoszenia .	" 500.—	" 600.—	
Subsydja na nowe instytucje .		" 950.—	zł. 1.700.—

Zaległe składki od członków Komitetu wynoszą:

1) Krakowskie Pog. Rat. za 1932/3/4/5	zł. 800.—	
Wpłacono w r. 1935/6	, 300.—	Wn. 500.—
2) Pogotowie Rat Poznań za 1932/4/5	" 600.—	
Wpłacono w r. 1935/6	,, 250.—	" 350.—
3) Lwowskie Ochotn. Tow. Rat za 1934/5	" 400.—	
Wpłacono w r. 1935/6	" 80.—	" 320.—

4) Pogotowie Ratunkowe w Wilnie od r. 1932 nie płaci
5) Pogotowie Ratunkowe w Lublinie od r. 1930 nie płaci
6) Tatrzańskie Pogotowie Ratunkowe od r. 1930 nie płaci
7) Z.U.S. (dawny Związek Kas Chorych) od r. 1931 nie płaci.

Sprawozdanie z działalności finansowej, projekt budżetu oraz protokół Komisji Rewizyjnej zebrani przyjęli i zatwierdzili.

Następnie potoczyła się dyskusja w sprawach poruszanych w sprawozdaniu z działalności. Po dyskusji, przedstawiciel Poznania p. dr. Słoniński omawia sprawę nadania Komitetowi praw instytucji wyższej użyteczności. Dr. J. Zawadzki wyjaśnia, że sprawa ta jest na dobrej drodze i że ma zapewnienie ze strony czynników miarodajnych pomyślne jej załatwienie.

Dalej dr. Słoniński porusza sprawę urządzenia pokazu z dziedziny ratownictwa na wybrzeżu morskiem i przypuszcza, że możnaby to urządzić w ramach urządzanego „Dnia morza". Mówca proponuje zwrócenie się w tej sprawie do prezesa Ligi Morskiej i Rzecznej — jen. Orlicz-Dreszera.

Zwrócono uwagę na krótki odstęp czasu, jaki został do dnia tego „Święta".

Większość przychyla się do tego, aby zwrócić się z propozycją urządzenia takiego pokazu do jen. Dreszera, ale dopiero w roku przyszłym.

Dr. Zawadzki prosi dr. Słonińskiego, aby urządzeniem takiego pokazu zajęło się Pogotowie Ratunkowe w Poznaniu, jako będące najbliżej Pomorza.

Dr. Mazurek stawia wniosek, aby przedtem opracować typ posterunku ratowniczego na wybrzeżu morskiem dla ratowania tonących. Posterunki takie znajdują się w państwach Skandynawskich, w Danji.

Dr. Mazurek zwraca uwagę, że istnieje bardzo luźny stosunek między Pogotowiem i Komitetem. Dlatego proponuje, żeby zebrania Wydziału Komitetu odbywały się co kwartał. Wniosek większością głosów (6) został przyjęty.

Dr. Mittelstaedt porusza sprawę opracowania programu działalności Komitetu i proponuje zwrócić się do Zarządu Związku miast i powiatów z prośbą o przyjęcie udziału w pracach Komitetu odnośnie do założenia nowych stacyj ratunkowych (wniosek Wydziału).

Drugi wniosek Wydziału brzmi, jak następuje: Aby wszelkie umowy, jakie poszczególne stacje Ratownicze zawierają z instytucjami, były podawane do wiadomości Wydziału Komitetu, który następnie okólnikami powiadomi poszczególne Zarządy Towarzystw Ratowniczych. Będzie to miało znaczenie dla skoordynowania pewnych posunięć poszczególnych Towarzystw. Oba wnioski przyjęto.

Następnie Zgromadzenie przystąpiło do wyborów. Przez aklamację wybrano następujących pięciu członków Wydziału Wykonawczego, a mianowicie: dr. A. Maciąga (Kraków). jako vice-prezesa, dr. H. Kucharzewskiego, jako skarbnika, dr. Mittelstaedta, jako członka, S. Zbrożynę, jako zastępcę i dr. M. Stawinskiego, jako zastępcę.

Tym sposobem skład Wydziału Wykonawczego na r. 1936 jest następujący: Prezes — dr. J. Zawadzki. vice-pr. dr. A. Maciąg, vice-pr. dr. Z. Słoniński, skarbnik dr. H. Kuchatzewski, inspektor dr. J. Mazurek, sekretarz dr. Fr. Obarski, członkowie: dr. E. Mittelstaedt, dr. J. Notz, gen. M. Zaruski. Zastępcy: pp. Stefan Zbrożyna, dr. Wacław Drożdż, dr. Mieczysław Trzeciak dr., Al. Safarewicz, Fr. Branny, dr. Marjan Stawiński, dr. J. Drozdowski. Komisja Rewizyjna: p. J. Wegner, p. Roman Kunkel, p. M. Porowski. Zastępcy Kom. Rew.: pp. dr. L. Sobieszczański, M. Górka.

W wolnych wnioskach dr. Słoniński omawia stosunki, jakie panują w Poznaniu, a dotyczące udzielania pomocy pracownikom kolejowym.

Dr. Zawadzki, omawiając sprawy finansów Towarzystw Ratunkowych zwraca uwagę, że budżety w obecnej dobie muszą oprzeć się na instytucjach państwowych i samorządowych, albowiem ofiarnośc społeczna z każdym rokiem maleje.

Dr. Maciąg (Kraków) daje krytyczną ocenę stosunków, jakie się wytworzyły między oddziałami Czerwonego Krzyża i Pogotowiem. Czerwony Krzyż korzystając z różnych ulg (samochody Mobu), może przewozić chorych za cenę o połowę niższą, przez co stwarza konkurencję dla Towarzystwa, które jej wytrzymać nie może.

Dr. Notz (Lwów) stwierdza ten sam fakt na terenie Lwowa.

Dr. Mittelstaed (Łódź) przyłącza się do wywodów poprzednich mówców, chociaż zastrzega się, że Pog. Rat. jako instytucja miejska, nie jest zainteresowana.

Dr. Zawadzki proponuje zwrócić się w tej sprawie do szefa Departamentu Sanitarnego, ale prosi o nadesłanie materjałów, z któremi możnaby zwrócić się w tej sprawie do jen. Rupperta.

W wolnych wnioskach dr. Słoniński porusza sprawę ustalenia typu samochodu sanitarnego i proponuje zwrócić się do „Polskiego Fiata“, aby ustalił jaki typ samochodów sanitarnych byłby najodpowiedniejszy.

Dr. Zawadzki w odpowiedzi prosi, aby o każdym nowym wozie i jego przydatności do pracy w Pogotowiu — zawiadomić Wydział Wykonawczy.

Walne Zgromadzenie zamknięto o godz. 13 m. 35.

Przewodniczący

Sekretarz

(—) *Dr. J. Zawadzki*

(—) *Dr. Fr. Obarski*

Sprawozdanie z posiedzeń Zarządu Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie (Pogotowie Ratunkowe).

W czasie od 6/VII 1935 r. do 7/VI 1936 r. Zarząd Towarzystwa odbył 10 posiedzeń. Posiedzenia odbywały się w mieszkaniu Prezesa D-ra J. Zawadzkiego i pod jego przewodnictwem.

Walne Zgromadzenie członków Towarzystwa odbyło się w sali Towarzystwa przy ul. Leszno 58.

Wśród uchwał, jakie powzięto na zebraniach, ważniejsze są następnjące:

1) Na zebraniu w dniu 6/VII 1935 uchwalono przyjąć zapis Lejzora Lipmana vel Łazarza Brojno w sumie 500 zł.

2) W dniu 2/IX 35 r. uchwalono, ażeby w dn. 30/VIII 35 r. zawrzeć umowę z Komisarjatem Rządu w sprawie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych zachorowaniach funkcjonarjuszom państwowym i ich rodzinom na przeciąg pół roku tytułem próby.

3) W dniu 30/X 1935 roku uchwalono upoważnić p. adwokata Przyjemskiego Mieczysława do spłacenia dozorowi kościelnemu parafji Chełmno gminy Masłowice, powiatu Noworadomskiego legatu rb. 999 czyli 666 złotych na sumie hipotecznej Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej na nieruchomości Nr. 926 E. przy ul. Żelaznej Nr. 75 w Warszawie, a legowanej, kiedyś przez ś. p. Józefa Krompolca.

4) W dniu 26/XI 1935 r. W związku z wzmagającą, liczbą interwencji Pogotowia Ratunkowego uchwalono rozszerzenie filji Pogotowia Ratunkowego przy ulicy Hożej 56 przez uzyskanie lokalu Nr. 1 i przygotowanie go do potrzeb stacji.

5) W dniu 27/I 1936 r. Uchwalono zawrzeć umowę z Dyrekcją P. K. O., dotyczącą udzielania pomocy w nagłych zachorowaniach pracownikom wspomnianej instytucji i ich rodzinom.

6) W dniu 20/III 1936 r. uchwalono przyjąć do wiadomości zawiadomienie Komisarjatu Rządu z dn. 10 b. m. o przedłużeniu umowy udzielania pomocy lekarskiej pracownikom państwowym z miesięcznem wymówieniem obustronnym.

7) Dnia 27/IV 1936 r. odbyło się Walne Zgromadzenie członków Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie w obecności 15 członków i uchwaliło:

Zatwierdzić sprawozdanie za rok 1935.

Przedstawiony do rozpatrzenia budżet na 1936 rok w sumie Zł. 195.839,— z przewidywanym deficytem Zł. 19.839,— po dyskusji zatwierdzić.

Wobec ukończenia kadencji 7 członków Zarządu i 2 zastępców, wybrano przez aklamację do Zarządu wszystkich ponownie, a mianowicie: pp. d-ra Józefa Zawadzkiego, d-ra Konrada Orzechowskiego, Józefa Wegnera, Zygmunta Garlińskiogo, Raynolda hr. Przezdzieckiego, Romana Kunkla i mec. Mieczysława Przyjemskiego. Na zastępców pp. inż. Seweryna Nirnsteina (ponownie); d-ra Kazimierza Jasielewicza, do Komisji Rewizyjnej na członków pp.: Józefa Bielickiego, Aleksandra Łajzena i Wojciecha Olsztyńskiego, a na zastępców pp. Jana Galewskiego i Jana Trawskiego.

8) Zaraz po Walnem Zebraniu odbyło się posiedzenie członków Zarządu, na którem ukonstytuował się Zarząd, jak następuje:

1) dr. Józef Zawadzki — prezes, 2) dr. Henryk Kucharzewski — vice-prezes, 3) dr. Józef Mazurek—Inspektor Stacyj, 4) dr. Lucjan Sobieszczański—sekretarz, 5) Józef Wegner—skarbnik, 6) Zygmunt Garliński — zastępca skarbnika, członkowie: 7) dr. Konrad Orzechowski, 8) Raynold hr. Przezdziecki, 9) Roman Kunkel, 10) mec. Mieczysław Przyjemski, 11) Sylwester Markowski, 12) Józef Chyliński. Zastępcy: 1) inż. Seweryn Nirnstein, 2) dr. Kazimierz Jasielewicz.

9) W dniu 26/V 1936 r. „Pan prezes dr. Zawadzki prosi obecnych o uczczenie pamięci ś. p. d-ra Lucjana Sobieszczańskiego, sekretarza Towarzystwa, przez powstanie, poświęcając Mu gorące słowa uznania za gorliwą pracę dla Pogotowia Ratunkowego. Po dłuższej dyskusji w sprawie wydawnictwa Kalendarza, postanowiono wydawnictwo to na rok 1937 powierzyć F-mie P.A.T. w Warszawie z zastrzeżeniem zmian w tekście. Prezes dr. Zawadzki oświadczył gotowość przeprowadzenia pertraktacji w tej sprawie.

Na miejsce zmarłego ś. p. d-ra L. Sobieszczańskiego wybrano na sekretarza Pogotowia Ratunkowego p. Sylwestra Markowskiego, a na zastępcę sekretarza—d-ra K. Jasielewicza".

10) W dniu 8/VI 1936 r. uchwalono co następuje: Wobec konieczności zakończenia sprawy zawarcia umowy z Ubezpieczalnią Społeczną w Warszawie co do przewozu chorych, Zarząd Towarzystwa postanowił na zasadzie § 27 do § 32 Statutu Towarzystwa zwołać Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie członków na dzień 23/VI r.b. o godz. 19-ej w I-ym terminie, w razie braku kompletu członków, tegoż dnia o godz. 20-ej w II-im terminie do lokalu własnego przy ulicy Leszno 58. Zebranie to, jako w drugim terminie, będzie prawomocne bez względu na liczbę przybyłych osób.

Porządek obrad Walnego Zgromadzenia: 1) Wybór przewodniczącego i asesorów, 2) upoważnienie Zarządu do zaciągnięcia zobowiązań hipotecznych na domu Nr. 1676 A. — Hoża 56".

Naukowe posiedzenia lekarzy Pogotowia Ratunkowego w Warszawie.

Dnia 26.III r. b. w sali Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej (Pogotowie Ratunkowe) odbyło się kolejne miesięczne naukowe posiedzenie lekarzy Pogotowia Ratunkowego pod przewodnictwem kolegi Sledziewskiego i przy udziale 19 lekarzy.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia i po omówieniu spraw bieżących kol. Broniewski wygłosił referat pod tytułem „Złamanie kości promieniowej w miejscu typowem".

Następne posiedzenie naukowe odbyło się dnia 30.IV pod przewodnictwem kol. Raschpichlera i przy udziale 23 lekarzy.

Po przyjęciu protokółu kol. Cienciała odczytał referat zatytułowany „Najważniejsze stany nieprzytomności ze stanowiska lekarza Pogotowia Ratunkowego."

Ostatnie przedwakacyjne zebranie naukowe odbyło się w dniu 28 maja pod przewodnictwem kol. Rutkowskiego. Obecnych 19 lekarzy.

Po przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia dr. Obarski omówił rzadko spotykane u nas otrucie oleandrem.

Przegląd czasopism.

Kaptur przeciwgazowy. (*Przegląd obr. przeciwgaz. i przeciwlotn. Nr. 7, 1935 r.*).

Wojskowa wytwórnia sprzętu przeciwgazowego w Radomiu przystąpiła do produkcji kapturów przeciwgazowych własnej konstrukcji. Kaptury te powinny znaleźć zastosowanie w tych razach, kiedy pracować trzeba w atmosferze skażonej lub pozbawionej wystarczającej ilości tlenu, albo też przesyconej dymem lub pyłem. Za pomocą takiego kaptura można otrzymywać czyste powietrze, czerpane z pobliża.

Kaptur przeciwgazowy składa się z kaptura właściwego, węża izolacyjnego oraz z miecha, działającego dwustronnie, który może być zastąpiony przez źródło powietrza sprężonego.

Kaptur właściwy wykonany jest ze skóry, przytem górna część jego ma kształt hełmu, wytłoczonego z twardej skóry, podszytego od wewnątrz skórą miękką. Dokoła tego hełmu przyszyta jest kloszowa zasłona z miękkiej skóry, która zacieśnia się na szyji zapomocą specjalnej taśmy. W zasłonie od strony przedniej umieszczone są dwie szybki okularowe. Na szczycie hełmu przytwierdzony jest mosiężny łącznik, na który nakłada się wąż, doprowadzający powietrze. Przez łącznik powietrze dostaje się pod podszewkę, skąd przez specjalne otwory przenika pod kaptur. Hełm unieruchamia się na głowie zapomocą elastycznej podpinki.

Wąż izolacyjny wykonany jest z gumy przekładanej płótnem. Jest on karbowany a po wierzchu pokryty trykotem. Stalowa sprężyna, umieszczona w ściankach węża, zapobiega załamywaniu się jego i zgniataniu. Wąż ten, mający długości 10 m., jest dość ciężki, ujemne działanie jego na swobodę ruchów głowy usunięte jest przez przytwierdzenie jego zakończenia do pasa i połączenie z łącznikiem kaptura zapomocą krótkiego węża gumowego, nie obciążającego zbytnio głowy.

Miech zbudowany jest w ten sposób, że przy każdem poruszeniu powietrze z jednej strony jest wsysane do miecha, a z przeciwnej strony wtłaczane jest do węża izolacyjnego.

Jeżeli człowiek, ubrany w kaptur, nie ma potrzeby zmieniać miejsca w czasie pracy, może mu być dostarczane powietrze pod ciśnieniem z przewodu lub z butli i wtedy wąż izolacyjny połączony jest z przewodem zapomocą gwintowanego łącznika.

Oddychanie w kapturze przeciwgazowym jest łatwiejsze, niż w masce z doprowadzeniem powietrza, ponieważ odbywa się bez potrzeby pokonywania oporu, jaki stawia wąż, doprowadzający powietrze pod maską przeciwgazową.

W wypadku wtłaczania pod kaptur powietrza zapomocą miecha konieczne jest zatrudnienie pomocnika, poruszającego miech.

Fr. O.

Dr. Leon Achmatowicz. **Igła sosnowa jako przyczyna przedziurawienia jelita krętego.** *Pol. Gaz. Lek. Nr. 17, 1935 r.*

W życiu bardzo często spotykamy się ze zjawiskami połykania z różnych względów ciał obcych już to tępych (guziki, monety, pestki owocowe i t. p.) już to ostrych (igły, agrafki, odłamki szkła i t. p.)

Biorąc ogólnie, jak jedne tak i drugie przedmioty po pewnym czasie opuszczają ustrój przez drogi naturalne, nie czyniąc żadnej krzywdy. W wypadkach niepomyślnych połknięty przedmiot zatrzymuje się w miejscach, odpowiadających fizjologicznym przewężeniom przewodu pokarmowego i wtedy musi być usunięty w drodze zabiegu operacyjnego.

Obce ciało może wywołać przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, w następstwie którego powstają groźne powikłania dla życia, jak ropowice szyi, śródpiersia, ropne zapalenia ograniczone lub rozlane otrzewnej; ostre przedmioty jak igły mogą przedostawać się do sąsiednich narządów lub nawet pod skórę.

Autor podaje następujący przypadek przebicia jelita igłą sosnową.

Kobieta A. C. lat 52, nagle dostała bardzo silnego bólu w brzuchu z prawej strony poniżej pępka. Po kilku godzinach wezwany lekarz stwierdził zapalenie wyrostka robaczkowego i skierował chorą do lecznicy. Stan obecny: C° 37,3°, tętno 120, język wilgotny, brzuch lekko wzdęty, stłumienie wątrobowe zachowane, przy obmacywaniu brzucha stwierdza się opór mięśniowy w prawej połowie brzucha, zwłaszcza w pobliżu i poniżej pępka. prawy mięsień prosty skurczowo napięty. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdza się. Leukocytoza 10000. Chora czuje się coraz gorzej, bóle brzucha nie ustają. W uśpieniu eterowem dokonano otwarcia brzucha. Po wydostaniu pętli jelita krętego stwierdzono w odległości 50 cm. od zastawki Bauhina przedziurawienie ściany jelita wielkości główki szpilki, wokoło otworu na surowicówce jelit liczne złogi ropy i włóknika; w otworze tym widoczny jest koniec igły sosnowej. Igła była sucha, jednak elastyczna, koloru brunatnego. Prawdopodobnie chora połknęła ją w takim stanie przed kilku miesiącami podczas jedzenia smażonych rydzy.

(P. S. Lekarze Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego dosyć często spotykają się z wypadkami połykania obcych ciał przez samobójców. Tak w roku 1934 9 kobiet i 3 mężczyzn godziło na życie, połykając różne przedmioty, a mianowicie: jedna kobieta połknęła kawałek szkła, 3 kobiety połknęły agrafki, jedna połknęła żyletkę. 3 k. (prostytutki) połknęły kawałki zbitych lusterek, jedna kobieta połknęła kawałek szkła ze zbitej butelki. Mężczyźni połykali następujące przedmioty: żetony metalowe, trzonek łyżki, kawałek żelaza).

Wyżej opisany przypadek przedziurawienia jelita igłą sosnową jest pouczającym przykładem, że w razie połknięcia przedmiotów, zwłaszcza o brzegach ostrych, winna być zastosowana obserwacja szpitalna.

Fr. O.

Redaktor: **Dr. Fr. Obarski.** Wydawca: Polski Komitet do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych.

Redakcja czynna codziennie od godz. 9 rano do 13 prócz świąt.

Prenumerata miejscowa i zamiejscowa rocznie 9 zł. Pojedyńczy egzemplarz 1 zł.

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Leszno 58 tel. 11-69-00.

Druk. „BAGATELA" Al. Jerozolimskie 29, Tel. 9-40-99